

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-463043

ND 35319

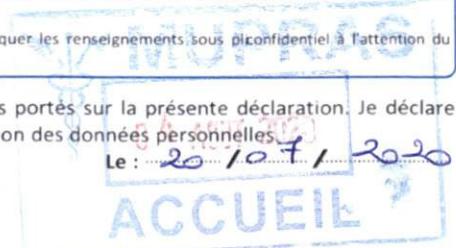
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 1281X			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : Royal Air Maroc
Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj			
Date de naissance : 26/12/1983			
Adresse : Sijeh Lasa Afia, Royal Air Maroc			
Tél. : 06 62 76 5224		Total des frais engagés : 447,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Date de consultation : 20/07/2020 Nom et prénom du malade : Kabbaj Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Bronchite En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 20/07/2020



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE YACOUB Dr. KARZI Complexe Yacoub Hay - Saida 37-38-87-17</p>	20/07/20	447,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
		MONTANTS DES SOINS																			
		DEBUT D'EXECUTION																			
		FIN D'EXECUTION																			
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																			
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
																					
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
		H	25533412	21433552																	
		D		00000000	00000000																
		B		35533411	11433553																
		G																			
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession																			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					



new Kabaj Kamel

PPV: 1160H00
PER: 08-22
LOT: I 1867

1 116,00 - Zamox 1g sachet 132,00
132,00 2 1 sachet 132,00
264,00 2
39,80 39,80
27,00 27,00
49 49 Cardiowspirine 100mg cp: x 1 mois
44,50 44,50 مولتيليز ياقوت
PHARMACIE YACOUT
Dr. KABBAJ
25, Complexe Yaoudi
Mehdia, Hay Chamaou - Settat
Tél.: 05 37 87 87 17

6 118001090280
Cardiospirine 100mg 30cps
P.P.V. : 27-70 DH
Acide asétylaïc/cyclique
Bayer S.A.

هيپنات
فترص 20
A consommer de préférence avant fin Lot: W071H
Per: 03-2022
Lot n°